

1707-50942
28

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 novembre 1907, à 1 heure

Par BIÉTRIX

EXÉRÈSE GANGLIONNAIRE

DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DE LA VULVE

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : { MM. BRISSAUD et DÉJERINE, professeurs.
LECÈNE, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

36701

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen			M. DEBOVE.
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			Ch. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale	}		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale			BRISSAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			CORNIL.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			QUENU.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			G. BALLET
Clinique médicale.	}		ROGER.
Maladies des enfants			HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.			LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	}		HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.			JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.			GAUCHER.
Clinique d'accouchements			RAYMOND.
Clinique gynécologique			LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile			BERGER.
Clinique thérapeutique			RECLUS.
Agrégés en exercice.			SEGOND.
MM.			D ^r LAPERSONNE
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	ALBARRAN.
BALTHAZARD	DEMELIN	LEGÈNE	PINARD.
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	BAR.
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	POZZI.
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	KIRMISSON.
BROCA	GOUGET	MACAIGNE	A. ROBIN.
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
			NOBECOURT
			OMBREDANNE
			POTOCKI
			PROUST
			RENON
			RICHAUD
			RIEFFEL (chef
			des trav. anat.
			SICARD
			ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE DOCTEUR EUG. BIÉTRIX

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Pour sa haute bienveillance et l'honneur qu'il veut bien nous
faire de présider notre thèse.*

Mais avant de passer à l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner d'abord à notre maître, M. le Professeur agrégé J.-L. FAURE, notre respectueuse gratitude ; nous avons toujours trouvé auprès de lui, particulièrement pour notre thèse, le plus large et le plus bienveillant appui.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENJAMIN ANGER

CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX

Beaujon, 1898.

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER

Laënnec, 1899-1900.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACCOUD

PROFESSEUR HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX

SECRÉTAIRE PERPÉTUEL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pitié, 1900-1901.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Saint-Louis, 1902.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Baudelocque, 1903.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REYNIER

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lariboisière, 1904-1905.

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Tenon, 1905. Saint-Louis, 1906-1907.

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

Tenon, 1907.

MONSIEUR LE DOCTEUR RITTI

MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

1907.

A MM. les Docteurs DE BEURMANN, DARIER, JEANSELME, médecins des Hôpitaux ; CHAPUT, SAVARIAUD, BAUDET, LAPOINTE, chirurgiens des Hôpitaux ; DAMALIX, chirurgien de la Maison nationale de Charenton ; MIGNOT, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton ; BEAUSSENAT, chirurgien de la Maison nationale de Charenton.

Il serait injuste d'oublier l'aide si cordiale de nos camarades et amis des Hôpitaux, particulièrement de MM. RABINOVITCH, interne des hôpitaux, et D^r HOQUET, qui mirent si amicalement à ma disposition leur parfaite connaissance des langues étrangères.

INTRODUCTION

Durant notre externat dans le service de M. le D^r Beurnier nous eûmes l'occasion de voir opérer une tumeur maligne de la vulve.

L'obligeance de notre maître M. le professeur agrégé J.-L. Faure nous a permis d'en grouper quelques autres.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'ajouter aux observations déjà publiées ces quelques cas personnels et d'y joindre plusieurs observations étrangères encore inédites en France.

De l'étude de ces observations nous essayerons de tirer une description clinique, mais nous insisterons tout particulièrement sur la nécessité d'extirper systématiquement les ganglions inguinaux-cruraux des deux côtés.

Comparable au cancer de la langue pour les difficultés du diagnostic le cancer de la vulve a pu être rapproché du cancer du sein pour le traitement. Les deux régions sont superficielles, communiquent avec des

groupes ganglionnaires voisins par des lymphatiques à court trajet.

Aussi l'idée est-elle venue à certains chirurgiens de traiter opératoirement ces régions comparables d'une façon identique. Toutefois les lymphatiques des deux moitiés de la vulve s'anastomosant largement entre eux l'extirpation ganglionnaire devra être bilatérale.

L'extirpation massive, en admettant qu'elle soit toujours possible, créera de vastes surfaces cruentées dont la réparation sera parfois difficile. L'extirpation vulvaire et ganglionnaire séparée moins traumatisante peut offrir théoriquement plus de chances de récurrence.

Laquelle doit-on préférer ? Il nous semble que l'on ne peut fixer de règle absolue et que si d'une façon générale on doit s'efforcer de pratiquer l'ablation sans morcellement, c'est au chirurgien à juger dans chaque cas particulier de la conduite à tenir.

Le point important est de pratiquer l'extirpation des ganglions des deux régions inguino-crurales. C'est ce que nous essaierons de mettre en évidence par l'analyse de nos observations.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les premières tumeurs vulvaires qui aient attiré l'attention des cliniciens reconnaissent un point de départ uréthral. Morgagni, en 1751, André, en 1756, en ont cité les premiers cas.

La première étude d'ensemble a été publiée par Deschamps dans un article sur les ulcérations non vénériennes de la vulve, paru en 1885 dans les *Archives de Tocologie*. Il y réunit les observations de tumeurs malignes de la vulve connues à ce jour et dont des cas isolés avaient été publiés par Ribéri (1844), Jarjavay (1852), Lebert qui, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, en rapporte quelques cas. Churchill, Boivin, Dugès dans leurs *Traités des maladies des femmes*, Bailly dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1868) en publient un ou plusieurs cas. Melchiori, pour la première fois, donne un examen histologique de la tumeur et une discussion des procédés opératoires.

La même année que le travail de Deschamps paraît le mémoire de Zweifel et à partir de ce moment les observations de tumeurs malignes de la vulve recherchées et publiées avec soin se multiplient malgré la rareté de l'affection.

En 1886, paraît une observation de Terrillon et l'étude de Taylor dans les *Annales de Gynécologie* sur les sarcomes mélaniques et les tumeurs pigmentaires de la vulve.

Alors vient la série des thèses de Bex qui étudie les rapports de la leucoplasie avec les cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale, de Lahaye qui rassemble les cas de cancer primitif du vestibule, de Dauriac qui étudie ceux du clitoris, de Soulier qui étudie ceux du méat.

L'étude des cancers de la vulve trouve sa place dans les traités classiques.

Puis paraissent successivement : à Montpellier les thèses de Sassy et de Bordère, à Bordeaux celle de Louradour, à Paris celles de Fileux et de Mauxion.

En Allemagne les travaux de Rupprecht (1886), Mœas (1887), Lutzenberger (1894), etc., les thèses de Schwarz (1893), de Honan (1897), de Franke (1898), de Koppert (1898). Goldschmidt en 1907 rassemble plus de deux cents observations comprenant à peu près tous les cas connus à ce jour. Smidlechner, dans les *Archives für Gynækologie*, publie en 1904 un travail d'ensemble sur les tumeurs malignes du clitoris.

En France en 1903 M. Mauclairé préconise également l'ablation en un bloc de certains cancers vulvaires.

Depuis ces dernières études d'ensemble, mémoires et observations particulières n'ont cessé de paraître. Nous pouvons citer :

En 1904 celle de Almeida, en 1905 celles de Reed, de Driessen, de Fromme, de Lambret, de Bogularski (cancer du clitoris). Dittrick rapporte six cas nouveaux et fait à leur sujet une étude consciencieuse de la question.

En 1906, Day, Mac-Kenny, Smith, Chêne, deux cas de Drucbert et Leroy, trois cas publiés par Lewers. Les cas de Planson, Siegel et Delval, Siegel, Delval et Marie ; cinq cas de Grünbaum.

En 1907 les cas de Geyser et de Johnson.

C'est que leur rareté incite le clinicien à en publier les cas qu'il peut être à même d'observer. Malheureusement les observations sont fréquemment incomplètes, les malades suivies après leur sortie d'une façon insuffisante, et le nombre des observations qui peuvent servir de base à une discussion sérieuse est, somme toute, assez restreint.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Contrastant avec l'extrême fréquence du cancer utérin, le cancer de la vulve est au contraire une affection rare.

Cette rareté s'applique aussi bien au cancer secondaire qui résulte de la propagation, toujours effectuée de haut en bas, d'un cancer génital, qui dans ces conditions se trouve à peu près toujours inopérable et dont l'étude appartient à celle de l'organe primitivement atteint, qu'au cancer primitif que seul nous aurons en vue.

La statistique de Gürtl qui porte sur 16.367 tumeurs de tous genres et dans les deux sexes, donne, sur 7.479 cas de cancer chez la femme, 81 cas seulement de cancers de la vulve, soit une proportion d'environ 1 0/0. En considérant seulement les cancers des organes génitaux, la proportion s'élève à peine à 2, 5 0/0. C'est également la proportion donnée par Virchow,

Mayer, Marc d'Espine et Tauchon : 1 cas de cancer de la vulve pour 35 à 40 cas de cancer utérin.

Görner, dans la statistique de la clinique gynécologique de Bâle, donne une proportion de 1/2 0/0, pour tous les cas de cancer chez la femme et de 5 0/0 pour ceux des organes génitaux.

Eisenhart parmi 658 malades de gynécologie, en trouva 2 atteintes de cancer primitif de la vulve.

Billroth en huit ans, sur 548 cancéreuses vit 4 cas de cancer de la vulve.

Dittrick, relevant les statistiques de Lakeside Hospital portant sur 2.134 malades de gynécologie admises, relève 106 cas de cancer des organes génitaux ainsi répartis :

Col de l'utérus.	72
Corps de l'utérus.	8
Vagin.	2
Ovaires	18
Vulve.	6

Ce qui donne une proportion de 0,28 0/0 des cas de gynécologie et de 5,66 0/0 des cas de cancers génitaux de la femme.

Age.—Comme ceux des autres régions, l'épithélioma de la vulve se rencontre le plus souvent chez des femmes âgées. Le maximum de fréquence se trouverait entre 50 et 60 ans pour Winckel dans une statistique portant sur 54 cas, entre 40 et 60 pour Schwarz.

Pour Dittrick sur 126 cas, on trouverait :

20 ans	1 cas	0,8 0/0
21 à 30	3	2,4

31 à 40 ans	12 cas	9,5
41 à 50	24	19
51 à 60	28	22,2
61 à 70	41	32,6
71 à 80	14	11,1
81 à 90	3	2,4
	126	100 0/0

On voit donc que l'épithélioma peut se rencontrer chez des femmes jeunes. Le cas bien connu de West était jusqu'ici cité comme celui où l'apparition de l'épithélioma avait été le plus précoce, à 31 ans. Il en existe cependant 4 cas survenus chez des malades âgées respectivement de 30, 30, 29 et 20 ans : chez la première et la dernière le diagnostic fut vérifié histologiquement.

Conformément à la règle, les cas de tumeurs malignes de la vulve notés chez des sujets encore moins avancés en âge appartiennent au sarcome. Cas de M. Launois chez une petite fille de 5 ans (sarcome du clitoris), cas cités par Peyrache dans sa thèse chez des sujets de 6 ans (Küster), de 2 ans (Braun), de 18 mois (Gaillard-Thomas), myxo-sarcome observé par cet auteur dans le service de M. le professeur Kirmisson chez une enfant de 8 mois.

Inversement une observation de Launois a trait à un cas de sarcome chez une malade de 62 ans.

Étiologie. — L'étiologie du cancer de la vulve présente la même obscurité que celle du cancer en général. Aussi ne nous occuperons-nous que des causes qui paraissent favoriser la localisation à la vulve. Nous signalerons néanmoins en passant la succession remar-

quable de cas observés dans la famille de la malade qui fait le sujet de notre observation IV.

Deux ordres de causes semblent avoir une certaine importance : les traumatismes et les irritations chroniques.

Chocs, excès de coït, surtout accouchements laborieux nécessitant l'application du forceps (cas de Franke chez une femme accouchée onze fois au forceps).

Le prurit, ordinairement symptôme précoce, a pu dans certains cas où il existait longtemps avant l'apparition de la tumeur, jouer le rôle d'agent indirect en provoquant, par un grattage incessant, des lésions des téguments.

De petits papillomes ont pu agir de la même façon.

Le prurit diabétique n'a pu être mis en cause dans aucune observation.

Le cancer a également paru succéder à des inflammations répétées (2 cas de Polaillon pour la glande de Bartholin).

La masturbation (Boivin et Dugès) paraît bien plutôt dans les cas où elle a été citée, avoir été provoquée par le prurit du début de l'affection, qu'avoir contribué à l'éclosion de celle-ci.

De la plus haute importance au contraire paraissent les rapports entre le cancer et la leucoplasie.

Quelle que soit l'opinion que l'on admette sur l'origine syphilitique ou non de celle-ci, de même que le cancer de la langue peut succéder à la leucoplasie buccale, de même le professeur Reclus, Bex, Perrin, etc., ont mis en évidence les relations qui existent entre le

cancer et la leucoplasie génitale; le professeur Le Dentu, Pichevin, A. Pettit, professeur Gaucher et Sergent, Paul Petit ont pu saisir sur le fait la transformation de la plaque leucoplasique en épithélioma.

Perruchet arrive à une proportion de 15 cas de cancer sur 18 cas de leucoplasie vulvo-vaginale; il considère même comme douteux ou mal observés les 3 cas où la transformation ne s'est pas effectuée.

Les rapports du kraurosis vulvæ et du cancer ont été mis en évidence par M. Jayle. Les différentes formes de cette affection sont d'ailleurs loin de présenter la même valeur étiologique. Le kraurosis post-opératoire en particulier ne s'accompagne jamais de cancer.

Le kraurosis leucoplasique, au contraire, dans 67 cas rapportés par Trespe, s'est dans 6 cas accompagné de cancer. Il est d'ailleurs assez difficile de dire si le kraurosis en lui-même favorise le développement du cancer, ou si celui-ci ne serait pas plutôt dû à la présence de l'élément leucoplasique.

Enfin le kraurosis sénile et présénile présente avec le cancer des rapports presque constants.

Siège. — Il est classique de distinguer au point de vue de la localisation initiale des tumeurs malignes de la vulve, trois variétés principales.

Cancer débutant au niveau des lèvres.

Cancer débutant au niveau du méat urétral.

Cancer débutant au niveau du clitoris.

Le point de départ labial est le plus fréquent, au niveau de la grande lèvre, sur sa face interne, sa moitié postérieure ou dans le sillon qui la sépare de la petite lèvre.

La statistique de Schwarz nous indique :

Au niveau des grandes lèvres 12 fois.

A droite. 9 —

A gauche 3 —

Au niveau des petites lèvres. 7 —

— du clitoris . . 2 —

— de la commissure 2 —

Celle de Dittrick :

Grandes lèvres 52 fois.

Clitoris 35 —

Petites lèvres 21 —

Commissure antérieure . . 3 —

— postérieure . . 3 —

Vestibule 1 —

La glande de Bartholin peut également être prise par le cancer. C'est d'ailleurs une affection extrêmement rare dont Chaboux, dans sa thèse, n'a pu rassembler que douze cas dont plusieurs prêtent à discussion.

Depuis, Bogularski, en 1905, en a publié un nouveau cas.

Examen microscopique. — Les tumeurs malignes de la vulve peuvent se diviser au point de vue histologique en deux grandes classes : tumeurs d'origine conjonctive : sarcomes, rares ; et tumeurs épithéliales, de beaucoup les plus communes. On a cité des cas exceptionnels de mélando-sarcomes, mélando-épithéliomes et de tumeurs mixtes.

Les épithéliomes sont des épithéliomas pavimenteux

lobulés. L'examen microscopique des produits de raclage de l'ulcération montre, outre des squames épidermiques isolées, des amas cellulaires de globes épidermiques caractéristiques formés par l'imbrication des squames en bulbe d'ognon.

Sur une coupe, on voit des bourgeons épithéliaux pleins, irrégulièrement anastomosés, infiltrés dans un tissu conjonctif enflammé et hyperplasié.

L'épithélioma cylindrique s'observe dans les cancers de la glande de Bartholin, qui, à proprement parler, ne sont pas des cancers vulvaires.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Divers symptômes peuvent marquer le début du cancer de la vulve, mais le plus fréquent de beaucoup est le prurit: démangeaisons continuelles, peu douloureuses au début, mais poussant la malade à se gratter constamment. D'autres fois il s'agit d'une cuisson douloureuse irradiant aux aines et aux cuisses.

Parfois le premier symptôme est la douleur à la miction avec maximum au moment où les dernières gouttes d'urine restent en contact avec l'ulcération qui se forme; ceci s'observe dans les cas à début périurétral.

Un écoulement séreux et légèrement fétide peut dans d'autres cas attirer l'attention de la malade, d'autant qu'il finit par provoquer de l'érythème et des excoriations des régions avoisinantes. La marche devient pénible et douloureuse.

Ou encore c'est une hémorragie qui donne l'alarme sans avoir été précédée d'autres troubles. Mais le plus

souvent elle résulte des grattages incessants provoqués par le prurit.

Dans certains cas enfin la tumeur se développe insidieusement sans provoquer le moindre symptôme fonctionnel. Elle est reconnue par hasard, ou à l'occasion d'un examen nécessité par une autre cause.

Schwarz a noté la fréquence relative de ces différents modes de début.

Prurit.	10 fois.
	7 fois, symptôme unique.
Douleurs.	5 —
Douleur en urinant . .	3 —
Écoulement séreux . .	5 —
Hémorragie	2 —
Aucun symptôme . . .	3 —

A l'examen, la région malade peut présenter au début soit une saillie verruqueuse ou un épaissement localisé, ou une petite ulcération précoce. Autour, la peau est excoriée, pigmentée par les grattages ; ou encore c'est une plaque blanche de leucoplasie qui entoure la lésion.

L'ulcération, parfois très précoce, d'autres fois n'apparaissant qu'au bout de plusieurs années, se forme généralement vers le sixième mois.

Elle est friable et saigne facilement. Sa surface est inégale, raboteuse, irrégulièrement bourgeonnante, de couleur rouge noirâtre ou violacée, traversée de fissures et de crevasses contenant un pus blanchâtre et fétide et des débris épithéliaux. Çà et là quelques points de nécrose.

Les bords indurés et irréguliers sont entourés d'une zone œdémateuse. La tumeur n'a pas de limites nettes. D'abord mobile sur les plans profonds, elle leur adhère ensuite.

Le retentissement ganglionnaire n'est ni précoce ni constant. Il se fait dans les ganglions inguino-cruraux du groupe superficiel. D'abord durs, isolés, mobiles ils augmentent de volume à mesure que leur nombre s'accroît. Le tissu conjonctif ambiant s'indure et s'empâte, confondant les ganglions malades en une masse dure plus ou moins volumineuse, à limites indécises.

La palpation ne peut pas donner de renseignements exacts sur l'état des ganglions. Parfois l'obésité de la malade gêne leur recherche. D'autre part ils peuvent être histologiquement malades et ne donner aucun relief à la palpation. Tantôt enfin ils sont gros, indurés, mais atteints d'inflammation banale.

Dans les 23 cas que Schwarz analyse dans sa thèse, les ganglions étaient :

Perceptibles . . . 11 fois

L'examen histologique montra qu'ils étaient :

Cancéreux . . . 5 fois

Atteints d'inflammation banale. 6 fois

Enfin dans 12 cas il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire.

La formation des métastases ganglionnaires peut cependant être parfois très rapide, précédant l'ulcération de la tumeur.

Le diagnostic du cancer peut se poser avant ou après l'ulcération de la tumeur.

Au début, le cancer non ulcéré de la vulve peut être confondu avec une tumeur bénigne dont il se distinguera par l'induration des bords, l'infiltration œdémateuse des tissus circonvoisins, les limites diffuses de la tumeur, l'intensité du prurit, la présence d'adénopathies.

Les condylomes, si fréquents à la vulve, appartiennent plutôt à la période de vie génitale de la femme. Ils sont fermes, blanchâtres, un peu humides, lobulés, semblables à des choux-fleurs, entièrement en saillie, comme une végétation exubérante implantée sur la surface atteinte.

Les syphilides papulo-hypertrophiques sont multiples, non indurées.

Dans les formes infiltrées du cancer, la leucoplasie s'en distinguera par son aspect lisse et blanc caractéristique, sa souplesse au début. Le passé du malade sera soigneusement fouillé. Plus tard le diagnostic peut être plus difficile. La plaque s'indure et se fendille ; sa surface est papillomateuse et saigne ; mais, c'est qu'alors la transformation cancéreuse n'est pas loin et qu'il est temps de traiter la plaque leucoplasique comme un cancer.

Le kraurosis se distinguera du cancer par l'atrophie spéciale des parties qu'il atteint.

Après son ulcération il devra être distingué des affections syphilitiques à leurs diverses périodes.

Le chancre syphilitique est plus superficiel, il n'est pas excavé, il est parcheminé à limites nettes ; sa dureté n'atteint jamais celle de l'induration cancéreuse. Il est moins suintant que le cancer ; son adénopathie est

précoce et caractéristique. Le diagnostic est rarement délicat sauf pour les petits cancers du méat au début.

L'erreur a pu être plus facilement commise avec le chancre phagédénique.

Bien rarement des syphilides papulo-érosives pourraient donner lieu à hésitation.

Les ulcérations de la syphilis tertiaire peuvent offrir de grandes difficultés de diagnostic. Les gommes avant leur ouverture sont généralement multiples, à limites nettes ; elles ne s'accompagnent pas de retentissement ganglionnaire ; ulcérées, les bords n'en sont pas indurés ; elles ont un fond jaunâtre, bourbillonneux, sécrétant un liquide filant et visqueux. Elles sont moins démanchantes que le cancer.

D'ailleurs dans le cas de doute entre syphilis et cancer, administrer un traitement d'épreuve qui fera rétrocéder rapidement les lésions syphilitiques. Mais celui-ci ne devra pas être trop prolongé et le professeur Gaucher recommande surtout d'appliquer un traitement exclusivement mercuriel : l'administration de l'iodure de potassium constitue une lourde faute thérapeutique en précipitant l'évolution du cancer si celui-ci est en cause.

Le chancre mou a pu donner lieu à hésitation ; il ne s'accompagne pas d'induration ; son fond est grisâtre et pultacé ; la peau environnante est saine.

L'esthiomène, qui est à la vulve ce que le lupus est à la face, présente surtout des zones cicatricielles alternant avec des zones de destruction ; l'induration périphérique du cancer manque. Il n'y a pas d'adénite.

Parmi les tumeurs malignes le sarcome se différen-

ciera de l'épithélioma par la multiplicité des tumeurs, à grosses bosselures arrondies. L'ulcération est plus tardive ; les bords en sont décollés et non envahis. Les hémorragies sont fréquentes et abondantes.

Le mélano-sarcome succède souvent à un nævus pigmentaire. Il apparaît par transparence sous forme de tumeur bleuâtre comparée classiquement à une truffe. Il se généralise très rapidement.

Enfin si le diagnostic clinique est douteux, il sera nécessaire de prélever un fragment de la tumeur et d'en faire l'examen histologique.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Abandonné à lui-même, le cancer de la vulve conduit fatalement à la mort.

Suivant la forme du néoplasme cette durée est variable. Certaines formes lentes, véritables cancroïdes, laissent encore à la malade plusieurs années de vie.

Druchbert et Leroy, à propos d'un cas où la lésion évoluait depuis six ans quand la malade est venue consulter, ont supposé que cette lenteur de développement pouvait, dans certains cas, tenir à l'extension du cancer vers les régions à revêtement cutané, celles-ci paraissant exercer sur la marche du cancer une action frénatrice : le cancroïde des lèvres par exemple, à développement lent tant qu'il s'attaque à la peau, se développe avec rapidité dès qu'il mord sur la muqueuse.

Pichevin de son côté, frappé de la lenteur avec laquelle se développent les épithéliomas du vagin qui prennent naissance aux dépens d'une plaque de leuco-

plasie, se demande si cette remarque ne pourrait pas être étendue en particulier au cancer de la vulve.

Ces hypothèses, d'ailleurs séduisantes, demandent encore de nouvelles recherches.

L'épithélioma typique, après une première période où son développement se fait avec lenteur, s'accroît ensuite rapidement. Son étendue augmente, les ganglions se prennent s'ils ne l'étaient déjà avant l'ulcération ; les organes voisins : vessie, urèthre, rectum sont envahis, le périnée s'infiltré. Les douleurs, avivées par le passage de l'urine sur les surfaces ulcérées, les résorptions toxiques, l'infection conduisent rapidement la malade à la cachexie et à la mort. La durée totale de l'affection d'ailleurs variable est en moyenne de deux à quatre ans.

Elle est fréquemment réduite dans le cancer du méat par l'apparition rapide de complications du côté de l'appareil urinaire : rétention, cystite, infections rénales ascendantes.

La cause de mort la plus fréquente est la cachexie due à la tumeur primitive ou à sa récursive.

Elle est parfois résultée d'hémorragies de la veine fémorale (Schwarz, Leech, Dittrick), d'autres fois elle fut la conséquence d'une péritonite résultant de l'infection de la tumeur.

La généralisation serait exceptionnelle. Mauxion, dans sa thèse, n'en cite que deux cas. Encore l'un d'eux (cas de Schwarz) paraît-il fort sujet à caution. On n'indique pas si la tumeur cérébrale dont la malade est morte était de même nature histologique que le cancer de la

vulve. Le cas de Mayer par contre serait des plus nets.

Dans un cas cité par Hirigoyen, la propagation paraît simplement avoir dépassé le premier relai ganglionnaire, allant jusqu'aux ganglions iliaques.

Cependant Dittrick, dans son travail, rapporte cinq cas où la mort fut due à des métastases viscérales. Nous rapportons un de ces cas avec examen (Obs. XVI).

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Peut-on essayer d'améliorer ce pronostic fatal par un traitement approprié ?

Dans les cancroïdes à évolution lente, à retentissement ganglionnaire tardif, on a pu préconiser l'exposition de la tumeur aux rayons X.

Ces rayons paraissent avoir dans les cas de cancroïdes cutanés une action favorable. Ils présentent l'avantage de ne pas laisser de cicatrice. Néanmoins pour les tumeurs de la vulve où cette considération est de peu d'importance, la supériorité de la radiothérapie sur le traitement chirurgical n'est pas apparente.

De plus, la radiothérapie n'a qu'une action superficielle et comme on ne peut cliniquement apprécier si l'envahissement histologique n'a pas commencé dans la profondeur, on risque, en se laissant aller à une sécurité trompeuse, de cicatrifier l'ulcération superficielle, en permettant à la lésion d'évoluer sournoisement au-dessous.

Par conséquent on peut dire que tout cancer de la vulve doit être opéré.

Cependant il est certains cas où l'exérèse ne peut être employée parce que cela est impossible : lorsque la tumeur a envahi les parties voisines, se reliant à de volumineuses masses ganglionnaires, adhérentes, parfois ulcérées, rendant l'extirpation complète impossible, lorsque l'état de la malade contre-indique absolument une intervention ou qu'elle en refuse obstinément le bénéfice, il faudra bien alors se contenter d'un traitement palliatif : abrasion de la tumeur, curettage, cautérisation, pourront être employés pour tâcher de prolonger, fût-ce dans une faible mesure, les jours déjà comptés de la malade, en supprimant une source d'hémorragies et un foyer de résorptions toxiques, et d'adoucir ses souffrances.

Les rayons X pourront également trouver dans ce cas leur application en calmant la douleur et en arrêtant les progrès extérieurs du mal.

Encore verrons-nous deux observations de Dittrick où :

Dans l'une la douleur calmée pendant quelques heures après les premières applications fut progressivement de moins en moins influencée par cette médication, de sorte que la malade souffrit autant qu'auparavant (Obs. XVI) ;

Dans l'autre la radiothérapie fut dès le début impuissante contre la douleur (Obs. XIV).

Traitement chirurgical.

En dehors de ces cas inopérables quelle technique doit-on suivre pour pratiquer l'excision ?

Pour pouvoir discuter cette question il est nécessaire d'exposer la disposition anatomique des lymphatiques de la région vulvaire.

ANATOMIE

La vulve se développe aux dépens des plis génitaux et du bourrelet génital, formations ectodermiques ; il s'ensuit que les lymphatiques vont à des ganglions superficiels.

Sappey a montré que les lymphatiques de la vulve naissent d'un réseau dont les mailles se superposent sur plusieurs plans.

Le réseau de chacune des parties constituant de la vulve est en continuité avec celui des parties voisines, mais alors que les mailles sont très serrées au niveau de la fourchette, du vestibule, des petites lèvres et de la face interne des grandes lèvres, elles sont lâches, visibles à l'œil nu après injection, sur la face extérieure des grandes lèvres.

Tous les lymphatiques se portent vers les ganglions inguino-cruraux superficiels ou ganglions superficiels du triangle de Scarpa. D'après Bruhns les troncs lym-

phatiques supérieurs montent d'abord perpendiculairement vers le mont de Vénus, puis, se coudent en dehors alors que les troncs inférieurs et moyens au nombre de cinq à huit se portent directement vers les ganglions.

Les ganglions du triangle de Scarpa ont été diversement décrits.

Pour les classiques, les ganglions compris dans un dédoublement du tissu cellulaire sont représentés par deux groupes :

Un supérieur ou horizontal formé de ganglions elliptiques étendus parallèlement à l'arcade crurale : c'est le groupe des ganglions inguinaux.

Le deuxième groupe, groupe inférieur ou vertical descend vers la pointe du triangle de Scarpa : c'est le groupe des ganglions cruraux.

Les classiques admettent que les lymphatiques de la vulve vont aux ganglions internes du groupe supérieur.

Le professeur Quénu a donné une autre classification (*Journal de l'Anatomie*, 1893, n° 4) admise aujourd'hui par tous les auteurs.

Les ganglions inguinaux superficiels occupent toute la région du triangle de Scarpa. La zone qu'ils occupent est limitée en haut par l'arcade de Fallope, en dehors par une verticale passant par l'épine iliaque antérieure et inférieure, en dedans par une verticale passant par l'épine du pubis, en bas par une ligne horizontale passant à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'arcade.

Le nombre des ganglions est variable, difficile à

apprécier. Il faut les injecter pour les voir tous. Ils sont au nombre de 12 à 20.

Les ganglions sont répartis sans ordre et il est difficile de les diviser en plusieurs groupes. Schématiquement on peut les diviser en quatre groupes en menant deux lignes droites, l'une verticale, l'autre horizontale passant par la crosse de la saphène. Souvent un groupe central formé de un à trois ganglions est situé au niveau de l'orifice de la saphène.

Les lymphatiques afférents de ces ganglions se répartissent sans ordre et ceux de la vulve n'aboutissent pas forcément au groupe supérieur et interne.

Dans le cas d'adénopathie néoplasique secondaire à un cancer de la vulve, il ne faut pas se borner à l'examen et à l'extirpation de ces ganglions. En effet cette couche ganglionnaire superficielle se trouve en communication avec les ganglions cruraux profonds. D'abord des vaisseaux vont des ganglions superficiels aux ganglions profonds au travers du fascia crebriformis, d'autre part, parmi les ganglions du groupe central, un peut pénétrer dans un des orifices de l'aponévrose et établir ainsi une communication entre les deux groupes.

Les ganglions cruraux profonds, situés sur la face interne de la veine fémorale devront donc être systématiquement examinés et dans un des cas que nous avons observé, la veine fémorale était comprimée par un de ces ganglions, à tel point qu'elle n'apparaissait plus que comme un cordon fibreux à parois irrégulières que du reste on fut obligé de réséquer au cours de

l'intervention, tant la masse ganglionnaire lui adhérerait.

D'autres raisons doivent encore déterminer à explorer les ganglions profonds. MM. Cunéo et Marcille (*Bulletin de la Société anatomique*, nov. 1901) ont montré que si les lymphatiques du capuchon clitoridien se rendent aux ganglions inguino-cruraux superficiels, les lymphatiques du gland du clitoris se rendent directement aux ganglions profonds.

Les collecteurs, suivant la face dorsale du clitoris vont constituer un plexus en avant de la symphyse : de là les troncs gagnent le ganglion rétro-crural externe au travers du canal inguinal et directement le ganglion rétro-crural interne ou le ganglion de Cloquet qui touche le précédent par son pôle supérieur.

Un autre fait anatomique important mis en évidence par Bruhns « Ueber die Lymphgefäße der weiblichen Genitalien » (*archivs. f. Anat. u. Phys. Anat., abth.*, 1898) doit encore être signalé. C'est que les lymphatiques d'un côté de la vulve peuvent se jeter dans les ganglions du côté opposé.

Tantôt ils y parviennent directement par la commissure antérieure, tantôt la masse à injection ayant d'abord rempli la grande et la petite lèvres d'un côté, contourne leur extrémité postérieure et remplit les lymphatiques de la lèvre opposée, d'où l'indication d'explorer systématiquement les ganglions de l'un et l'autre triangles de Scarpa même dans un cancer unilatéral de la vulve.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

On voit donc que les diverses parties de la vulve étant directement ou indirectement en relations avec les ganglions inguino-cruraux superficiels et profonds des deux côtés, l'opération devra comprendre l'ablation systématique de ces groupes ganglionnaires.

Cependant la nécessité de ce curage n'a pas été admise d'emblée et à l'heure actuelle encore, des chirurgiens d'une valeur éprouvée ne sont pas partisans de cette technique systématique.

Diffenbach et Hildebrandt soutenaient que les tumeurs vulvaires sont inopérables lorsque les ganglions lymphatiques sont tuméfiés.

Winckel considère comme grave l'ablation de ces ganglions.

D'autres auteurs se bornent à enlever les ganglions déjà malades ; d'autres ne pratiquent la gangliectomie que du côté atteint, se réservant d'intervenir du côté opposé si celui-ci se prend à son tour.

En Allemagne, Rüpprecht et un peu plus tard Küstner préconisent l'ablation ganglionnaire systématique et bilatérale ; ils rencontrent d'abord une vive opposition.

Veit est d'un avis analogue. Il lui paraît indiqué de commencer l'opération par l'extirpation des ganglions des deux aines et de la poursuivre par l'ablation des

deux côtés de la vulve. Quand l'excision de la tumeur seule doit être pratiquée, du moins faut-il réséquer toute une moitié de la vulve et en faire autant pour l'autre moitié si elle présente le moindre soupçon d'excoriation ou d'induration.

L'incision doit être faite bien en dehors de la tumeur depuis le mont de Vénus jusqu'à la partie postérieure de la grande lèvre.

En dedans elle passe en dehors des caroncules myrtiliformes. Les deux incisions se rejoignent près de l'urèthre. L'incision peut, bien entendu, être modifiée s'il y a envahissement de l'urèthre ou de la paroi vaginale. Elle doit en tous cas comprendre largement la tumeur.

Rupprecht recommande de faire une dissection soigneuse de tous les ganglions superficiels et profonds. Une première incision est menée de la symphyse du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. Une seconde incision, suivant la direction des vaisseaux fémoraux, est branchée sur la première. La peau est disséquée en haut jusqu'à l'aponévrose des muscles abdominaux, en dehors jusqu'au fascia lata, en dedans jusqu'aux adducteurs. La masse en forme de tricorne, comprenant ganglions et tissu cellulo-graisseux est séparée dans la profondeur jusqu'aux vaisseaux. La saphène interne sera liée à son abouchement dans la fémorale. Il est souvent nécessaire de sectionner l'arcade crurale et d'enlever les ganglions iliaques les plus inférieurs.

Une des régions inguinales ainsi traitée, on nettoiera l'autre de la même façon. Les masses ganglionnai-

res pourront tantôt être enlevées séparément, tantôt d'un seul bloc avec la tumeur vulvaire.

Les conclusions de Schwarz sont à peu près semblables.

Lutzenberger est d'avis qu'il faut enlever les ganglions du côté malade, même s'ils ne sont pas augmentés de volume, avec le tissu cellulaire et la graisse qui les entoure.

Koblank et précédemment déjà Schauta proposent d'enlever tumeur et ganglions au moyen d'une seule incision.

Grünbaum conclut de son côté qu'il faut enlever systématiquement les ganglions des deux côtés. Le pronostic immédiat n'est pas aggravé par cette petite intervention et le pronostic ultérieur s'en trouve de beaucoup amélioré. Il croit à la possibilité de la guérison véritable après l'opération radicale. Il recommande d'employer un instrument mousse pour le curage ganglionnaire.

Signalons en passant qu'on a également proposé pour éviter la greffe cancéreuse, de se servir du thermocautère ou de l'écraseur (Maurel). Ces tentatives n'ont eu que peu de succès auprès des chirurgiens.

Dittrick, en Amérique, pense aussi que le meilleur traitement consiste dans l'excision précoce de la tumeur avec une dissection étendue des ganglions inguinaux des deux côtés.

En France, M. Mauclore, mettant en lumière la tendance des chirurgiens à exciser d'un bloc : tumeur, lymphatiques et ganglions, préconise pour les tumeurs

péniennes et clitoridiennes une opération analogue à celle d'Halstaed pour le sein ; il l'applique entre autres, à un cas de cancer du clitoris.

« Premier temps. Suivant une surface triangulaire à sommet pubien évidemment de tout le pli inguinal droit de dehors en dedans en excisant la peau, la graisse sous-cutanée et les petits ganglions que l'on sentait facilement rouler sous le doigt, la malade étant très maigre. »

« Deuxième temps. Evidement semblable du côté gauche jusqu'à l'aponévrose et la veine fémorale mise à nu. »

« Troisième temps. Incision de la peau, transversalement à trois travers de doigt au-dessus du pubis et réunissant les deux incisions précédentes. »

« Quatrième temps. Toutes les parties molles prépu-biennes sont enlevées de haut en bas, comprenant le clitoris et la moitié supérieure des petites lèvres en empiétant sur les grandes lèvres. »

« Une fois l'exérèse terminée, les parties molles inguino-crurales des deux côtés, le clitoris et la moitié supérieure de la vulve tiennent en un seul bloc. »

« Drainage sous-cutané des régions inguinales ; sutures, sonde à demeure, guérison opératoire. »

Cette technique idéale peut-elle être étendue à d'autres cas ?

M. Mauclair l'a employée dans un cas où l'infiltration néoplasique ne dépassait pas la moitié antérieure de la vulve. Mais si on a affaire à un néoplasme situé à la partie postérieure des grandes lèvres ou à la fourchette,

cette extirpation en bloc laissera une très vaste surface cruentée dont les bords seront très difficiles à réunir. Nous croyons que seul l'examen minutieux de chaque cas en particulier, de l'état général de la malade, de sa résistance variable au choc opératoire doivent régler la conduite du chirurgien. Si la malade est résistante, la tumeur située à la partie antérieure de la vulve, l'opération d'un seul tenant pourra être employée. Dans les autres cas l'opération consistera en deux exérèses successives :

1° Exérèse ganglionnaire ;

2° Exérèse de la tumeur.

L'exposé anatomique nous a déjà montré que chaque point de vulve ayant des connexions avec les ganglions inguino-cruraux des deux côtés, et de plus que les ganglions superficiels communiquant avec les ganglions profonds, l'exérèse ganglionnaire devrait être bilatérale et totale.

Il paraît préférable de commencer par le côté sain, s'il y en a un ou paraissant tel, du moins par le côté le moins atteint. On évite ainsi une greffe cancéreuse provenant d'un ganglion ou d'un lymphatique malades.

L'extirpation totale sera parfois difficile ; il ne faudra jamais hésiter à curer complètement le triangle de Scarpa. Aponévrose superficielle et tissu cellulo-adipeux seront enlevés avec les ganglions. Dans la profondeur il faut aller jusqu'aux vaisseaux fémoraux et aux aponévroses de recouvrement des muscles. Au besoin on réséquera la veine fémorale et la saphène comprimées et infiltrées, on enlèvera les portions mus-

culaires sous-jacentes envahies. A la partie supérieure on pourra être amené à fendre ou à réséquer l'arcade crurale pour poursuivre les ganglions iliaques les plus inférieurs atteints par la carcinose.

Quoi qu'il en soit, il importe surtout d'enlever et la tumeur et les ganglions.

RÉSULTATS

L'examen des faits justifie-t-il l'intervention chirurgicale et les résultats obtenus sont-ils meilleurs avec l'opération complète qu'avec les opérations partielles.

Tous les auteurs ont cité des cas de guérison de cancer de la vulve par une opération.

Maas trouvait dans sa statistique, 11 0/0 de guérisons.

Goldschmidt arrive à une proportion très analogue, 10 0/0 avec une statistique de 169 cas.

Lutzenberger compte dans une statistique de 63 cas une proportion de 22 0/0. Il attribue cette proportion élevée de guérisons à ce fait que les chirurgiens prennent l'habitude d'enlever les ganglions, ce qui améliore le pronostic.

Toutefois il considère comme guéris définitivement les cas où la malade n'a présenté durant trois ans aucune récidive.

Or il est de fait qu'un espace de trois ans est une période un peu courte pour affirmer qu'une guérison est définitive.

Dittrick prétend qu'on ne pourrait être sûr de la

permanence de la guérison qu'au bout de six ans, et il considère en somme la récurrence comme à peu près fatale.

Il cite un cas relaté par Schwarz où Olshausen intervint pour une récurrence survenue six ans après la première opération pratiquée par Küstner, un cas cité par Zweifel où la récurrence survint au bout de cinq ans chez une malade de Schröder.

Grünbaum rapporte également un cas de récurrence survenue au bout de cinq ans et demi.

Mais Mauxion cite un cas de Schröder où la guérison durait depuis neuf ans et Grünbaum deux cas où les malades étaient exemptes de récurrence six ans et demi et huit ans après l'opération.

Dans la thèse de Goldschmidt nous trouvons également huit cas restés sans récurrence pendant une durée de cinq à huit ans. Ce sont ceux de Barnes, Melchiori, Martin, Herzfeld, Koppert, Pilliet et deux cas de Schrann.

La thèse de Schwarz relate les cas suivants :

1 cas sans récurrence pendant 4 ans et 5 mois

—	4	—	4	—
—	4	—	4	—
—	4	—	1	—
—	3	—	2	—
—	3	—	1	—
—	2	—		
—			6 mois	
—			6	—
—			3	—
—			3	—

Signalons que chez deux des trois premières les ganglions étaient cancéreux et avaient été enlevés.

Mauxion donne la statistique suivante :

9 ans après l'opération. — 1 cas de Schröder		
5	—	2 — Veit
		1 — Schwarz
		1 — Martin
		1 — Melchiori
4	—	3 — Schwarz
		1 — Pozzi
	—	1 — Polaillon
		1 — Jayle
		1 — Rochard
2	—	1 — Rochard
		1 — Schwarz
		1 — Lipinski
1	—	1 — Maclaure
		1 — Schwarz

Relevé de Dittrick :

Cas de Rupprecht	5 ans
— Martin.	5 —
— Schwarz	4 — 5 mois
— —	4 — 5 —
— —	4 — 1 —
— Mauley	4 —
— Schwarz	3 — 2 —
— —	3 — 1 —
— Zweifel	3 —
— Kelly	3 —

Dans les autres cas, tôt ou tard, la récurrence s'est pro-

duite. Mais même alors tout espoir n'est pas perdu, si on peut la traiter par une nouvelle intervention. D'ailleurs si la récurrence est tardive il ne faut pas encore considérer le cas comme un insuccès, puisque la malade mettra plus longtemps à mourir de sa récurrence qu'elle n'en eût mis à succomber à la tumeur primitive.

C'est ainsi que sur 169 cas opérés, de la thèse de Goldschmidt il y eut 84 récurrences tardives pour 66 rapides.

Dans les cas de Schwarz, nous voyons des malades mourir de récurrence, réopérées ou non au bout de dix ans, quatre ans huit mois, deux cas au bout de quatre ans, etc.

Une observation de Grünbaum nous montre également une malade chez laquelle une récurrence apparue cinq ans et demi après l'intervention, opérée de nouveau, puis réapparue deux ans plus tard, resta stationnaire. La malade mourut au bout de neuf ans de débilité sénile. (Obs. VII).

Johnson rapporte un cas où la récurrence survint près de huit ans après l'opération.

Rappelons enfin les cas de récurrence tardive déjà signalés.

De tels résultats sont en somme encourageants et justifient l'intervention.

L'examen du siège de la récurrence nous paraît également militer en faveur de l'opération radicale.

Dittrick fait remarquer que sur 32 cas où l'extirpation de la tumeur avait seule été pratiquée la récurrence s'est produite :

dans les ganglions.	12 fois
à la vulve.	9 —

dans les deux simultanément. . . . 11 fois

Dans 22 cas où l'extirpation des ganglions fut faite d'un seul ou des deux côtés, en même temps que l'ablation de la tumeur vulvaire, elle eut lieu :

dans les ganglions. 6 fois

à la vulve. 9 —

dans les deux simultanément. . . . 7 —

Ainsi la proportion de la récurrence ganglionnaire a diminué de moitié environ. Un certain nombre d'opérées, ont donc nettement bénéficié de l'ablation ganglionnaire qui leur a épargné une récurrence à cet endroit. En admettant même que la récurrence soit inévitable et se produise chez elles à la vulve au lieu de se produire dans les ganglions, elles auront en tout cas bénéficié du temps écoulé entre le moment où se serait produit la récurrence ganglionnaire et celui où se produira la récurrence vulvaire, en admettant toutefois qu'il doive y avoir inévitablement récurrence.

Nous ferons de plus observer que dans un certain nombre de cas que l'auteur ne précise d'ailleurs pas le curage ganglionnaire n'a porté que sur un des côtés et il est permis de supposer que la proportion se fût encore abaissée si la gangliectomie avait été systématiquement pratiquée des deux côtés.

Parmi les observations citées dans notre thèse, certains cas nous paraissent à ce point de vue particulièrement intéressants.

Dans un cas de Honan une malade fut opérée pour une tumeur qui paraissait bénigne et qui en réalité était un cancer ainsi que le démontra l'examen histologique.

Les ganglions qui semblaient normaux à la palpation furent naturellement respectés et devinrent dix mois plus tard le siège d'une récidive que l'on dut opérer.

Les observations IV, XIII et XV fournissent également des exemples de récidive dans les cas où l'ablation ganglionnaire n'avait pas été faite.

On peut faire remarquer que rien n'est perdu et que la récidive peut être opérée à son tour.

Sans tenir compte de ce que la malade court ainsi le risque d'une double intervention, il faut considérer que cette temporisation expose à rencontrer des récidives ganglionnaires inopérables. On renvoie une malade opérée de sa tumeur avec une plaie parfaitement cicatrisée. Se croyant guérie elle ne remarque pas la récidive ganglionnaire qui se forme ou la néglige et ne se décide à revenir que lorsqu'il est trop tard pour intervenir.

Tel est le cas bien connu de Lutzenberger (Obs. XIX).

Nous pouvons également en citer un autre. Une malade opérée d'un épithélioma vulvaire partit à l'étranger après son opération et revint quelques mois plus tard avec une récidive inopérable (Obs. I).

Si la conservation des ganglions peut entraîner des conséquences graves, inversement leur ablation, loin de présenter des inconvénients à pu donner des résultats presque inespérés.

Chez des malades avec ganglions même fortement tuméfiés et même adhérents, malades que naguère Hildebrandt déclarait inopérables, on a pu observer de longues survies.

Nous en trouverons plusieurs observations dans la thèse de Schwarz où la guérison se maintenait quatre ans et demi, quatre ans un mois, quatre ans après l'opération. (Voir obs. XVII et XVIII).

Nous citerons également les observations II, III, V et VIII, IX (Gr.).

Opérer le plus tôt possible est notion classique quand il s'agit de cancer. Cependant on pourrait compter sur la lenteur relative avec laquelle marche souvent le cancer de la vulve pour essayer tout au moins un traitement médical.

Projet assurément séduisant, mais qui présente le danger de faire perdre en cas d'échec un temps précieux. C'est en donnant au chirurgien plus de chances de faire une extirpation complète qu'on donnera à la malade plus de chances d'échapper à la récurrence.

Quoique loin d'espérer pouvoir vaincre à coup sûr le cancer avec l'exérèse chirurgicale, nous ferons cependant remarquer que dans les cas où l'opération complète semble être radicalement impuissante (obs. XII, XI et un cas douteux X) l'échec ne saurait toujours devoir lui être entièrement attribué et que l'ignorance ou l'insouciance de la malade y contribuent fréquemment.

Nous pouvons donc avec la plupart des auteurs contemporains soutenir que l'extirpation bilatérale et systématique des ganglions est toujours indiquée et qu'elle n'aggrave pas le pronostic opératoire.

La technique devra être adaptée aux cas particuliers.

OBSERVATIONS

Observation I (en *partie inédite.*)

Service de M. le Dr J.-L. FAURE.

M^{me} M..., âgée de 27 ans, entre au mois d'août 1903 dans le service de M. Faure, à Cochin.

Réglée à 15 ans, régulièrement, durée deux à trois jours.

En août 1903 elle remarque l'existence d'une petite masse légèrement saillante au niveau de la petite lèvre gauche, douloureuse mais peu gênante. Aussi ne va-t-elle consulter qu'au bout de quatre à cinq mois. On la traite successivement avec des cautérisations au nitrate d'argent et des attouchements à la teinture d'iode.

Elle accouche le 15 mai 1903 sans incidents. A partir de ce moment les lésions s'étendent et la malade entre à Saint-Louis où on fait le diagnostic de chancre mou, la recherche du bacille de Ducrey ayant été positive. Pulvérisations phéniquées, pas d'amélioration.

Elle entre alors à Cochin, pavillon Velpeau. A l'examen on

aperçoit au niveau de la vulve une large surface ulcérée de forme irrégulière, occupant la presque totalité de la petite lèvre gauche, la moitié supérieure de la petite lèvre droite, le clitoris et le capuchon clitoridien, le vestibule.

L'examen microscopique d'un fragment fournit par une biopsie montra qu'il s'agissait d'épithélioma.

L'opération est pratiquée quelques jours plus tard. La tumeur est enlevée aussi largement que possible. Les ganglions ne sont pas extirpés.

La perte de substance put être comblée assez facilement et la guérison fut rapide.

Nous pouvons donner la suite de cette intéressante observation dont le début a été publié par MM. Bender et Daniel (*Bull. Mém. Soc. Anat.*, janvier 1904).

Après l'opération la malade part en Suisse.

Au mois de mai 1904 la malade qui jusque-là était restée en bonne santé, constate la présence dans la région inguinale gauche d'un ganglion qui grossit rapidement en même temps que d'autres apparaissent et grossissent également. Le côté opposé se prend à son tour.

Les ganglions du côté gauche finissent par former une tumeur volumineuse au niveau de laquelle la peau rougit et s'infiltré. La malade s'inquiète enfin et se décide à revenir voir un médecin qui fait redemander M. Faure. Celui-ci reconnaît une récive ganglionnaire, surtout marquée à gauche, partout adhérente aux organes voisins et dont l'extirpation est impossible.

Quelques jours après la peau s'ulcère. Malgré les soins donnés à la plaie celle-ci s'infecte et suppure. L'ulcération s'étend

et se creuse formant un clapier purulent qui donne naissance à de grandes quantités de pus fétide. L'état de la malade s'aggrave rapidement et elle succombe au bout de quelques semaines.

Observation 2 (*Inédite*).

Due à l'obligeance de notre maître, M. le professeur agrégé
J. L. FAURE.

M^{me} R..., 62 ans. Les antécédents ne présentent rien de bien particulier. Quelques pertes blanches pendant la jeunesse, un accouchement laborieux à 18 ans, un an après son mariage, entraînant une déchirure partielle du périnée. La plaie ne fut point suturée sans que d'ailleurs il ait paru en résulter quelque inconvénient pour la malade.

Pendant le mois de septembre 1905, la malade qui se trouvait au bord de la mer s'aperçut par hasard de la présence au niveau de la région inguinale droite d'un ganglion de la taille d'une noisette environ. Elle n'y prêta point attention. Quinze jours après, elle remarque la présence dans l'aîne gauche d'une grosseur semblable, en même temps que celle du côté droit augmentait de volume. Des démangeaisons surviennent également qui peu à peu se transforment en cuissons. Elle s'inquiète alors et rentre à Paris.

Elle consulte son médecin auquel elle raconte aussi qu'elle souffre depuis quelque temps de pertes blanchâtres dont l'abondance augmente progressivement en même temps qu'elles commencent à présenter une certaine fétidité. La marche devient pénible ; la fatigue est rapide.

En présence de ces symptômes, celui-ci réclame un examen auquel la malade finit par consentir. Il constate alors au niveau de la portion vestibulaire gauche la présence d'une lésion bourgeonnante et ulcérée, à base indurée et mal limitée, attenant par sa partie supérieure au méat urinaire, d'un diamètre de 1 centimètre 1/2 environ. L'état général est bon.

Le médecin pense à un épithélioma vulvaire et appelle en consultation M. Faure.

L'opération est décidée et pratiquée le 20 novembre 1905 par M. J.-L. Faure.

Dans un premier temps les deux régions inguinales sont successivement traitées. Une incision en T dans la région inguinale gauche permet d'arriver sur des ganglions de la taille d'une noix environ, légèrement adhérents. Le triangle de Scarpa est nettoyé à fond jusqu'au canal crural. On ne trouve rien dans le pelvis et on n'intervient pas de ce côté. Même incision du côté droit où la peau présente une teinte violacée. Extirpation de ganglions plus adhérents, de la taille d'un œuf. Nettoyage du triangle.

Dans un deuxième temps, incision circulaire cernant largement la tumeur enlevant une rondelle de la taille d'une pièce de 5 francs environ, empiétant sur le méat urinaire et la paroi inférieure de l'urèthre qui est réséquée sur une certaine longueur.

Réfection de l'urèthre. Un saignement en nappe oblige à laisser quelques pinces à demeure. Affrontement partiel des lèvres de la plaie avec des agrafes.

Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures, les agrafes le sixième jour.

La malade rentre le vingtième jour chez elle où la guérison s'effectue sans incidents. La continence est parfaite.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue. La malade, revue en octobre 1907 ne présente aucune adénite. Les cicatrices inguinales et vulvaire sont souples, sans trace d'induration.

Observation 3 (*inédite*).

Service de M. le Dr J.-L. FAURE.

M^{me} L..., 71 ans, marchande des quatre-saisons, entre le 7 juin 1907 à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau.

Père décédé accidentellement à 80 ans; mère morte d'une affection cardiaque à 71 ans.

La malade elle-même a toujours joui d'une excellente santé et son passé ne présente rien de bien particulier à signaler.

Réglée de 16 à 52 ans, régulièrement. Deux grossesses. Les enfants sont mortes l'une à 22 ans de typhoïde, l'autre de méningite à 2 ans.

Au mois de décembre 1906, la malade commence à ressentir au niveau de la vulve des démangeaisons dont la vivacité augmente progressivement, puis de véritables douleurs.

Au mois de janvier 1907, elle remarque l'apparition d'une tumeur. En même temps, elle se met à perdre un liquide séropurulent présentant une fétidité assez marquée.

Le mois suivant, la situation empire. Quelques filets de sang teintent les pertes, sans que la malade ait jamais présenté d'hémorragie véritable. Les douleurs deviennent plus vives, la fétidité des pertes s'accroît et la marche devient de plus en plus gênée.

Elle se décide alors à consulter et entre à Cochin le 7 juin 1907.

Examen. — On voit au niveau de la fourchette et de la partie postérieure des grandes lèvres une ulcération dépassant les dimensions d'une pièce de 5 francs, dont la surface bourgeonnante et ulcérée laisse suinter un liquide sanieux et fétide.

Le diagnostic d'épithélioma de la vulve est posé et l'opération pratiquée le 18 juin 1907, par M. J.-L. Faure.

Opération. — Après anesthésie, une incision en T pratiquée au niveau de la région inguinale gauche permet le nettoyage du triangle de Scarpa de ce côté. Le contenu du triangle est enlevé jusqu'à l'aponévrose de recouvrement des muscles et aux vaisseaux.

La région droite est traitée de la même façon. Suture de ces incisions.

Dans un deuxième temps, l'ulcération cernée largement en tissu sain est extirpée avec la fourchette et la partie postérieure des grandes lèvres. Deux points de suture affrontent la brèche périnéale. Agrafes.

Durée de l'opération : trente minutes,

Suites opératoires satisfaisantes : température normale.

Fils et agrafes sont enlevés le cinquième jour.

La malade présente un peu de cystite. Quelques lavages de vessie en viennent rapidement à bout.

Sortie le 27 juillet.

Depuis sa sortie, la guérison s'est maintenue. La malade a été revue à la fin d'octobre 1907.

Observation 4 (*Inédite.*)

Service de M. le Dr J.-L. Faure.

M^{lle} M..., 62 ans, professeur, entre à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, le 25 octobre 1907.

Père mort à 77 ans, d'ictus cérébral.

Du côté de la mère on relève :

Mère morte à 74 ans d'une affection laryngée, très probablement néoplasique.

Oncle maternel, mort à 77 ans d'un cancer de l'estomac.

Grand-père mort également d'un cancer de l'estomac.

La malade a une sœur âgée de 50 ans atteinte d'asthme.

Réglée à 11 ans 1/2. Règles régulières et abondantes durant une semaine. Ménopause à 49 ans. Elle a toujours joui d'une excellente santé.

Dans le courant de l'année 1902, la malade éprouve au niveau de la région vulvaire de vives démangeaisons qui résistent à tous les topiques qu'elle emploie.

Elle commence également à avoir de la peine à marcher et à se fatiguer rapidement. Devant ces symptômes elle va consulter un médecin qui l'examine et constate la présence d'une tumeur au niveau de la grande lèvre du côté droit, sans adénopathie. La malade est alors adressée à M. Richelot qui la décide à subir une opération.

Celle-ci est pratiquée le 15 novembre 1906. La tumeur est extirpée; les ganglions de l'aîne qui ne paraissent pas atteints sont respectés. Suites opératoires satisfaisantes. La malade se

rétablit rapidement, ne conservant qu'une certaine difficulté pour marcher qui entraîne une fatigue rapide.

Il y a quatre mois elle s'aperçoit par hasard de la présence d'un ganglion dans l'aîne droite. Le médecin qu'elle consulte n'y attache pas d'importance. Mais les ganglions se multiplient, grossissent et forment une tumeur qui gêne la marche. Elle éprouve en outre au niveau de cette tumeur des sensations de brûlure très vives, parfois d'une violence telle qu'elle songe au suicide pour échapper à ses souffrances. Elle se décide à retourner voir M. Richelot qui l'envoie à M. Faure.

Examen le 26 octobre. — On constate l'existence d'une tumeur volumineuse, irrégulièrement fusiforme, s'étendant le long de l'arcade crurale et descendant obliquement vers la vulve. En dedans, vers le tiers interne de la cuisse, elle présente un renflement qui forme une masse volumineuse et saillante. En dehors elle se termine par une extrémité effilée à quatre travers de doigt environ de l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau qui recouvre la tumeur est luisante, rouge violacé.

Nouvelle opération, pratiquée par M. J.-L. Faure, le 29 octobre 1907, après anesthésie par le mélange de Schlussh.

Première incision longue d'environ 20 centimètres, menée parallèlement à l'arcade crurale à deux travers de doigt environ au-dessus du pli de flexion de la cuisse.

Une seconde incision qui se branche obliquement sur la première vers le milieu de l'arcade circonscrit en bas la tumeur.

Le lambeau triangulaire à sommet externe ainsi dessiné est disséqué à partir de sa pointe et relevé. On tombe sur le paquet ganglionnaire formant une tumeur de volume d'une grosse mandarine et adhérent aux plans sous-jacents.

L'arcade crurale est réséquée pour permettre le dégagement de la partie supérieure de la tumeur, qui est extirpée.

La veine fémorale au niveau de la terminaison de la saphène interne est comprimée et réduite à un cordon dur et imperméable. Deux ligatures sur la fémorale, une sur la saphène permettent d'enlever le segment veineux oblitéré.

Le triangle de Scarpa est nettoyé surtout au niveau de sa partie supéro interne où la tumeur adhère au pectiné et au moyen adducteur. L'aponévrose de recouvrement est excisée avec une certaine quantité de muscle; le bord supérieur du pubis est libéré.

Hémostase, réfection de l'arcade, suture aux crins.

L'opération a duré cinquante cinq minutes.

Drain dans la portion déclive de la plaie. Par la partie supérieure sort une mèche destinée à arrêter un saignement en nappe. La mèche est retirée au bout de quarante-huit heures.

Suites opératoires satisfaisantes.

7 novembre. — Ablation des crins.

Observation 5 (*Inédite*).

Service de M. le Dr BEURNIER.

Madame G..., âgée de 53 ans, ménagère, entre le 4 juin 1906 dans le service de M. le Dr Beurnier à l'hôpital Saint-Louis.

Elle souffre depuis quelques mois de démangeaisons pénibles et incessantes à la vulve. Depuis un mois environ, elle s'est aperçue que son linge était fréquemment taché de sang et de liquide sanieux. Aux démangeaisons ont succédé des sensations de brûlure et elle a remarqué la présence d'une ulcération.

L'examen en position gynécologique permet d'apercevoir au

niveau de la commissure postérieure de la vulve une ulcération ovulaire de la grandeur d'une pièce de 2 francs à bords indurés, à fond grisâtre et sanieux laissant suinter un liquide fétide. L'ulcération saigne au moindre attouchement. Les parties envahies sont entourées d'une zone œdémateuse, large d'un travers de doigt environ. Par la palpation on s'assure que les parties envahies sont mobiles sur le rectum.

Les ganglions inguino-cruraux sont augmentés de volume des deux côtés. La tuméfaction est plus prononcée du côté gauche, où ils atteignent le volume d'une noix, que du côté droit où ils sont à peine perceptibles. Ils sont encore relativement mobiles.

Le diagnostic d'épithélioma de la vulve, est posé et l'opération pratiquée le 8 juin par M. Rabinovitch, interne du service.

Après anesthésie chloroformique une incision en T dans la région inguinale droite à branche supérieure parallèle à l'arcade crurale permet de curer complètement le triangle de Scarpa de ce côté. Même manœuvre du côté gauche où les ganglions plus gros sont déjà légèrement adhérents. Ligature et section de la saphène. Les incisions des aines sont suturées aux crins.

Au niveau de la zone génitale l'ulcération est cernée par une incision dépassant largement les limites de la zone œdémateuse. Les tissus sont enlevés en haut avec toute l'épaisseur de la paroi vaginale. A la partie inférieure, on enlève la peau du périnée et même une partie de l'épaisseur du sphincter anal. La plaie vulvaire est réparée par décollement de la peau et de la muqueuse vaginale.

Les suites opératoires sont simples. La malade sort guérie le 18 juin.

La pièce enlevée est examinée par M. Rubens-Duval : la tumeur est formée par un épithélioma pavimenteux.

La malade est revue à plusieurs reprises jusqu'à ces derniers temps. Il n'y a pas de récurrence.

Observation 6 (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr JUDET.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui est opérée une première fois d'un épithélioma de la vulve en 1901. Quelque temps après son opération elle devient enceinte et pendant le cours de la grossesse la tumeur récidive.

En égard à l'état de grossesse de la malade, on se résout à ne tenter une nouvelle opération qu'après l'accouchement. Celui-ci a lieu sans complications au mois d'août 1902.

En septembre la malade est admise dans le service de M. Gérard-Marchant à l'hôpital Boucicaut où elle est vue par M. Judet, interne du service.

L'examen permet de constater la présence d'une tumeur ulcérée très étendue ; la grande et la petite lèvres droites sont largement envahies, la commissure postérieure est atteinte et la tumeur débordant la ligne médiane envahit le côté gauche de la vulve de bas en haut ; le vagin commence à être envahi au niveau de la colonne postérieure.

La malade est opérée par M. Judet à la fin de septembre 1902. Au moyen d'incisions menées en tissu sain, on opère une large résection de la vulve à droite et à gauche. Résection également large du périnée et de toutes les portions envahies de la muqueuse vaginale. D'abondantes hémorragies au niveau des bulbes du vagin sont maîtrisées. La large brèche opératoire est comblée aussi parfaitement que possible.

Les suites opératoires sont favorables. La guérison de la plaie rapide. La mère peut allaiter son enfant.

Revue en avril 1903. Il n'y avait pas encore de récurrence.

Observation 7 (*Traduction inédite*).

GRÜNBAUM. (Die Prognose bei Operationen des Vulvacarcinoms).

N° 5641. — Entrée pour la première fois le 16 décembre 1892; M^{me} Minna H... La malade est âgée du 73 ans; elle a toujours été bien portante autrefois. Un accouchement. Règles toujours régulières jusqu'à la ménopause survenue à 40 ans. Depuis quatre ans la malade souffrait d'une pleurésie. Depuis quelques mois elle ressentait des brûlures et des douleurs aux parties génitales externes; elle avait une sensation de blessure; la rougeur et l'enflure s'accrurent, de sorte qu'elle entra à la clinique.

État. — De taille moyenne, gracile, état général assez bon; état des organes sans particularités. A la grande lèvre gauche, en haut de l'entrée du vagin une légère proéminence de la grandeur d'une pièce de 50 pfennigs, avec une surface lisse mais très rouge; la palpation permet de sentir qu'elle est indurée et s'enfonce assez loin dans la profondeur. Pas d'adénopathie inguinale appréciable.

Opération. — Le 17 décembre 1892. La tumeur est circonscrite en tissu sain. Extirpation aux ciseaux qui permettent de côtoyer avec beaucoup de sûreté le tissu de la tumeur. Drainage dans l'angle inférieur de la plaie. Points de suture.

Au bout de huit jours la malade sort guérie.

Diagnostic. — Cancer de la grande lèvre gauche.

Le malade revient le 8 juin 1898, au bout de cinq ans et demi par conséquent et déclare que dans cet intervalle elle est restée en parfaite santé. Depuis quelques semaines seulement elle ressent de nouveau des démangeaisons et des brûlures aux parties génitales externes. La malade est actuellement âgée de 79 ans, encore bien conservée. Sur la lèvre gauche un peu à la partie supérieure, un peu au-dessus de la cicatrice qui est blanche et brillante, là où cette cicatrice se confond avec la racine du clitoris se trouve un noyau de la grosseur d'une noisette, fortement rouge, légèrement ulcéré à sa surface.

Opération. — Excision du noyau après circonscription en tissu sain. Sutures au catgut ; ablation d'un petit polype de l'urèthre. Au bout de trois jours la malade sort guérie.

Diagnostic. — Récidive locale d'un cancer de la grande lèvre gauche. Le diagnostic fut posé histologiquement. Actuellement une enquête faite auprès d'un médecin parent de la malade a appris que deux ans après elle eut de nouveau une récurrence mais que celle-ci est restée petite. La malade meurt d'affaiblissement général en 1901 à 82 ans.

Observation 8 (*Traduction inédite.*)

GRÜNBAUM (*idem*).

N° 564. — Reçue le 27 décembre 1897. M^{me} Pauline R..., 44 ans. La malade a depuis environ dix mois une « grosseur » aux parties génitales externes. Dans ces derniers temps la grosseur s'est ulcérée. Elle a été traitée sans succès par l'iodure de potassium.

État. — Dans le 1/3 supérieur de la grande lèvre gauche jusqu'au bord de la petite lèvre, envahissant même celle-ci et s'étendant jusqu'à l'urèthre, on trouve une tuméfaction allongée ovulaire.

Dans sa partie externe elle est d'un rouge vif avec des bords surélevés, en surplomb et un fond verdâtre parsemé de taches.

Dans les deux aines on sent des paquets de ganglions, à droite plus petits qu'à gauche.

28 décembre, opération. — La tumeur est en totalité saisie avec des pinces à fistule et avec un couteau à deux tranchants elle est coupée à sa base de telle sorte qu'il reste tout autour du tissu sain. Les lèvres de la plaie furent affrontées avec du catgut.

Ensuite incision bilatérale des régions inguinales, énucléation de tout le paquet ganglionnaire avec le tissu graisseux ; fermeture de la plaie aux crins. Les plaies inguinales ne guérissent pas par première intention, suppuration superficielle ; on y étend une préparation acétique ; guérison.

L'examen microscopique de la tumeur et des ganglions (Dr Pick) donne le diagnostic de cancer de la vulve et des ganglions. La malade sort guérie le 13 janvier 1898.

Le 30 septembre 1905, c'est-à-dire 7 ans 3/4 après, la malade se présente de nouveau. Elle est restée parfaitement guérie, elle n'a aucune maladie, la cicatrice est lisse.

Observation 9 (*Traduction inédite*).

GRÜNBAUM (*idem*).

N° 5900. Reçue le 11 octobre 1898, M^{me} Albertine K..., 55 ans, a eu six accouchements normaux ; depuis dix ans ménopause.

Depuis trois ans, la malade remarque au niveau de la petite lèvre une tumeur augmentant lentement, qui pendant longtemps ne la gêne pas; dans les dernières semaines seulement, quelques douleurs peu marquées. Le médecin traitant a proposé il y a déjà six mois une opération à laquelle la malade ne se résout que parce qu'elle commence à souffrir.

Etat actuel. — Femme de constitution moyenne avec état relativement bon. Exploration des organes sans particularités. Sur la petite lèvre gauche on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, d'une consistance ferme avec quelques ulcérations blanchâtres lenticulaires. Sur la petite lèvre droite également des ulcérations de moindre grandeur. Dans les deux aines paquets ganglionnaires de la grosseur d'une noix.

Opération. — Le 13 octobre 1898. Circonscription de la tumeur apparemment en tissu sain. Suture aux crins. A droite également excision du tissu cancéreux avec suture consécutive. Extirpation des paquets ganglionnaires avec suture.

Diagnostic. — Cancer de la petite lèvre. Dans les ganglions on n'a pu déceler la présence d'aucune métastase cancéreuse. Sort guérie le 22 octobre 1898. Une enquête auprès des parents montre que depuis l'opération la malade n'a plus souffert des parties génitales. D'après une communication officielle elle mourut en février 1905 de pneumonie.

Observation 10 (Traduction inédite).

GRÜNBAUM (*idem*).

N° 6451. — Reçue le 6 novembre 1899. M^{me} Auguste P.
La malade n'a jamais eu d'enfant. Les règles ont disparu depuis

dix ans. Depuis trois ans la malade remarque qu'il existe sur les parties génitales externes une plaie qui ne se cicatrise pas. Il se forme ensuite lentement une tumeur qui grossit peu à peu. Un médecin appelé conseille l'opération, mais la malade recourt à un « Naturkundig » dont le traitement reste inefficace.

Dans ces derniers temps la malade a maigri.

État actuel. — Femme en bon état, puissante ; organes internes sans particularités. Le clitoris et les petites lèvres sont infiltrés par une tumeur dure et épaisse ; à gauche de l'entrée du vagin on trouve un endroit dur de la dimension d'un pois ; l'entrée elle-même est d'un rouge vif.

Dans les deux aines, ganglions durs, indolores.

Opération. — 10 novembre 1899. La place indurée à gauche est excisée (l'examen microscopique montra du cancer) ; ensuite excision du clitoris et des petites lèvres, sutures au catgut. Extirpation bilatérale des paquets ganglionnaires. Sort guérie le 9 décembre 1899.

Diagnostic. — Cancer médullaire (encéphaloïde) de la grande lèvre gauche et du clitoris ; on ne peut déceler aucune trace de cancer dans les ganglions.

Sur l'état ultérieur on n'a malheureusement aucun renseignement sauf la nouvelle officielle que la malade est morte en juin 1901. Dans le doute, nous devons admettre qu'elle a succombé à une récurrence.

Observation 11 (*Traduction inédite*).

GRÜNBAUM (*idem*).

N° 9281. — Reçue le 16 septembre 1903. M^{me} Wibeline L. ., 58 ans. N'a jamais eu d'enfant. Depuis sept ans ménopause. La malade se plaint depuis quatre mois de cuissons au moment de la miction.

Depuis ce temps elle a au-dessus du meat une petite tumeur qu'elle a traitée avec « une poudre jaune ». Mais la tumeur augmentait toujours et laissait écouler un liquide filant.

Dans ces derniers temps, amaigrissement.

État actuel. — Femme de taille moyenne, en mauvais état, organes internes sans particularités.

En dedans de la commissure se trouve une tumeur en forme de bande de 2 centimètres de hauteur quide la petite lèvre droite passée sur la gauche par dessus la commissure antérieure et le clitoris. Au niveau du clitoris se trouve un fort élargissement et épaissement de la tumeur ; les ganglions inguinaux des deux côtés sont durs et augmentés de volume.

Opération. — 10 septembre 1903. La tumeur est circonscrite circulairement à environ 2 centimètres de tissu sain et séparée au couteau dans la profondeur. Pour préserver l'urèthre on y introduit un catéter. On recoud la plaie après avoir arrêté l'hémorragie interstitielle par quatre points profonds ; l'urèthre est libre de cancer. Ensuite, des deux côtés, au moyen d'incisions parallèles à l'arcade de Fallope, extirpation des ganglions même profonds.

Diagnostic. — Squirrhe.

Sortie le 7 octobre 1903 guérie.

La malade eut très rapidement une récurrence inopérable ; elle fut reçue dans un asile où le 18 janvier 1904, quatre mois après l'opération on la trouve dans l'état suivant : Dans l'aîne droite, sur une longueur de 6 centimètres, une plaie béante qui, en partie recouverte d'enduit, en partie détergée, secrète un liquide séro-sanguinolent. — Les bords surélevés sont infiltrés surtout en bas. Dans le canal crural du côté droit on sent un ganglion dur et augmenté de volume. Le mont de Vénus dans sa totalité est tuméfié et infiltré et cette tuméfaction dure s'étend aux deux grandes lèvres surtout à droite. A la place du clitoris on trouve une ulcération de la grandeur d'un œuf de poule, immobile, adhérente dans la profondeur, entourée de tissus indurés.

Il s'est donc développé en un temps très court une récurrence inopérable dans les ganglions ainsi qu'une forte récurrence au siège primitif du cancer, récurrence qui conduit bientôt la malade à la mort (mai 1904).

Observation 12 (Traduction inédite).

How DITTRICK (1). *Epithelioma of the vulva.*

M^{me} A. B... Entrée à l'hôpital de Lakeside le 17 août 1898. 68 ans. Mariée depuis 41 ans, mère de 6 enfants. Une sœur a

1. Dans les observations traduites de Dittrick, le détail de l'examen microscopique a été supprimé dans la traduction. Cet examen a été fait dans tous les cas ; le diagnostic a donc été toujours vérifié histologiquement.

une ulcération du sein. C'est le seul membre de la famille atteint de tumeur maligne.

Plusieurs mois avant l'admission, la grande lèvre gauche se mit à grossir. Un nodule, primitivement du volume d'un haricot et très dur s'était graduellement accru. Trois mois plus tard, une ulcération se produisit de laquelle s'écoule du pus, de l'eau et du sang. L'accroissement en avait été plus rapide durant les derniers mois. La malade perdit une dizaine de kilogs, pendant la saison d'été. Pas de troubles de la miction, examen de l'urine négatif. Le traitement a consisté en applications locales de pommades.

A l'examen, on voit suinter un liquide sanguinolent de la tumeur vulvaire. Sur la grande lèvre gauche se trouve la tumeur ulcérée, à vif, faisant bâiller les lèvres. Les ganglions inguinaux gauches sont indurés et gros comme l'extrémité du pouce.

La tumeur vulvaire fut enlevée par le Dr Dudley P. Allen : largement avec le tissu cellulaire ambiant. De même les ganglions inguinaux du côté gauche.

Examen histologique. — Épithélioma pavimenteux dans la tumeur et les ganglions. Globes épithéliaux nombreux.

Sur une coupe, la masse enlevée de l'aîne se présente sous le même aspect, avec beaucoup de globes épithéliaux.

Diagnostic. — Épithélioma vulvaire (cancroïde) avec métastase dans les ganglions inguinaux gauches.

La malade présenta une récurrence dans la région inguinale six mois plus tard, et succomba à une hémorragie de la veine fémorale gauche le 1^{er} août 1899.

Observation 13. — (*Traduction inédite*).

How DITTRICK (*idem*).

R. V... 62 ans. Veuve. Entrée le 21 février 1899. Rien à noter dans les antécédents. A eu cinq enfants dont le plus jeune a 30 ans. Ménopause à 45 ans, plus de pertes depuis. Rien dans les urines.

Il y a quatre mois, la malade remarqua comme un bouton sur la face antérieure de la grande lèvre droite qui grossit peu à peu. Il y avait une irritation constante autour de ce bouton et fréquemment la malade se grattait pour calmer les démangeaisons. Deux mois plus tard le nodule s'alcéra à sa surface. Pendant le dernier mois une petite ulcération symétrique était apparue sur la lèvre gauche au point où elle était en contact avec la grande ulcération. Pendant trois mois la miction avait été accompagnée d'une douleur intense.

A l'examen, on voit sur la face antérieure de la grande lèvre droite une surface ulcérée d'un diamètre de 1 cm. 1/2, s'étendant en dedans vers le clitoris, avec une base indurée mesurant environ 4 centimètres de diamètre. Cette ulcération est très sensible. En face, sur la grande lèvre gauche se trouve une petite ulcération indurée. Il n'y a pas d'atteinte apparente du méat urinaire.

Malade opérée par le Dr Allen. Une incision elliptique de 10 centimètres de longueur fut pratiquée, circonscrivant les deux aires ulcérées, s'étendant en haut bien au delà du Mont de Vénus et en bas passant par la petite lèvre presque au niveau de l'orifice urétral. La plaie guérit par première intention à droite et par bourgeonnement à gauche.

La malade, sortie le 8 avril 1899, rentre le 14 juillet 1899. Cinq semaines auparavant, elle avait remarqué dans l'aîne droite une grosseur qui avait rapidement augmenté de volume. Très sensible, elle avait à peu près la grosseur du petit doigt. Également petite récidive vulvaire. Les ganglions inguinaux furent extirpés en même temps que la tumeur vulvaire. La plaie de la vulve guérit par première intention, la plaie inguinale par bourgeonnement; elle suppura un peu quand la malade quitta l'hôpital.

Examen histologique. — Épithélioma pavimenteux, peu de globes épithéliaux.

Diagnostic. — Épithélioma vulvaire avec métastase dans les ganglions inguinaux droits.

Observation 14 (*Traduction inédite*).

How DITTRICK (*idem*).

B. K..., célibataire, 50 ans. Entrée le 31 décembre 1903.

Menstruation normale, ménopause à 46 ans. En août 1902, elle remarqua une grosseur sur la grande lèvre droite. Deux mois plus tard on l'enleva avec les ganglions inguinaux droits.

Plus tard l'aîne droite devint sensible et douloureuse; en août 1903 la tumeur s'ulcéra et depuis cette époque il y eut de l'écoulement dans cette région. En septembre 1903, elle constata qu'une récidive vulvaire s'était produite. Elle se plaignait également de dysurie, d'insomnie et de douleurs dans la cuisse.

Examen. — La cuisse droite est fléchie et ne peut être complètement étendue, le membre tout entier est œdématié. Le long du ligament de Poupart, immédiatement sous la peau, on sent une masse en forme de noyau irrégulier. Au centre de cette

masse est une petite papille, de laquelle s'écoulait un exsudat purulent et fétide. La plus grande partie de la lèvre droite est absente. A la partie inférieure du clitoris, juste au-dessus de l'ancienne cicatrice, on trouve une petite tumeur de 2 cm. 1/2 de diamètre, dépassant le plan sous-jacent d'environ 6 millimètres.

Elle est indurée, ulcérée, rouge et bourgeonnante avec de petits points de nécrose blanchâtres à la surface.

Il y a également une petite zone ulcérée, granuleuse sur la lèvre gauche, au point où cette dernière entre en contact avec la tumeur.

Une petite portion fut enlevée pour l'examen et une incision faite dans la masse inguinale pour assurer un meilleur drainage. Plus bas, on trouva une grande cavité qui s'étendait très près des vaisseaux fémoraux.

Tandis que la malade était à l'hôpital, plusieurs nodules se développèrent dans la peau. Deux dans la paroi abdominale à 3 centimètres au-dessus de la masse inguinale, cinq sur la face antéro-interne de la cuisse droite de 3 à 5 centimètres au-dessous du ligament de Poupart. Ces nodules étaient durs, irréguliers, rouges, de 1/2 à 1 centimètre de diamètre et n'étaient pas mobiles par rapport à la peau.

L'aine était pansée quotidiennement ; de plus, pendant deux mois, trois fois par semaine, la malade fut soumise aux rayons X. Le traitement eut une très légère influence sur l'écoulement, mais la douleur continua aussi forte qu'auparavant. La tumeur labiale cependant diminua de volume et était presque de niveau avec les plans environnants quand la malade sortit de l'hôpital. Mais profondément le processus cancéreux ne paraissait pas s'être arrêté dans sa marche. Malgré nos conseils, la malade sortit le 5 mars 1904 et mourut cachectique le 15 avril 1904.

Examen histologique. — Épithélioma (tumeur). Pas d'examen des ganglions.

Observation 15 (*Traduction inédite*).

HOW DITTRICK (*idem*).

V. E. G..., mariée, 32 ans. Admise le 7 octobre 1903. Elle est plaint de douleurs sourdes dans les deux régions iliaques, de douleurs terribles dans le bassin, et d'une tumeur de la vulve. Les symptômes pelviens étaient dûs à des adhérences des trompes et des ovaires et à une rétroversion utérine Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Un an avant son entrée elle s'était aperçue qu'elle avait un bouton au côté droit de la vulve ; il avait peu à peu grossi et était devenu douloureux. Il saignait par le grattage. Les caustiques ne firent que déterminer l'accroissement de la tumeur.

Examen. — C'est à peine si l'on peut sentir les ganglions inguinaux du groupe externe de chaque côté.

A la face interne de la grande lèvre droite, plutôt vers sa moitié inférieure, se trouve une tumeur circulaire et fongueuse, saillante d'environ 7 m/m 5. Elle est granuleuse, sa surface érosive. Dure, elle ne paraît pas infiltrer les tissus voisins.

La malade fut opérée par le Dr H. Weix et la tumeur enlevée après large excision. En même temps on détruisit les adhérences salpingo-ovariennes et l'utérus fut fixé par le procédé de Kelly. La malade guérit rapidement : les deux plaies se réunirent par première intention.

Sortie de l'hôpital le 3 novembre 1903.

Entrée à nouveau le 5 mai 1904. Un mois auparavant elle

avait constaté un léger gonflement de l'aine droite qui s'était progressivement accru.

Examen. — Le groupe externe des ganglions inguinaux est petit et à peine perceptible, tandis que dans le groupe interne un ganglion s'est notablement accru, mesurant 2 centimètres sur 1 c/m 6. Pas de récurrence vulvaire. La grande et la petite lèvres droites sont réséquées. Dissection large des ganglions et ablation de la graisse adjacente. On enleva un ganglion de la grosseur d'une noisette; un autre de la grosseur d'un pois fut trouvé le long du bord interne de la veine fémorale. En l'enlevant, la veine fémorale fut blessée et l'on dut y remédier par un point de suture. Tout le tissu adipeux fut enlevé jusqu'en dehors du bord interne du muscle couturier et en profondeur jusqu'aux vaisseaux fémoraux. La plaie refermée sans drain guérit rapidement sauf à son angle supérieur où la cicatrisation se fit par bourgeonnement.

La convalescence fut lente à cause de la douleur qui s'étendait le long de la jambe, mais cette douleur avait presque disparu à la sortie de la malade le 22 juin 1904. La dernière fois qu'elle fut revue en septembre 1904, il n'y avait aucun signe de récurrence.

Diagnostic. — Epithélioma (tumeur et ganglions).

Observation 16.

HOW DITTRICK (*idem*).

L. J..., veuve, 81 ans. Entrée le 22 juin 1903. Se plaignant d'un écoulement vaginal tenace, d'un prurit vulvaire intense et d'une tumeur sensible à ce niveau. L'écoulement est parfois sanguinolent et la miction est fréquente et douloureuse. Rien

dans les antécédents familiaux et personnels. Elle a un petit noyau dans la vulve depuis vingt ans. Le seul traitement a consisté en soins de propreté.

Très bon état général de la malade. Les ganglions de l'aîne ne peuvent être sentis par la palpation. La petite lèvre droite présente une tumeur dont le tissu est irrégulier, ulcéré, épaissi et qui mesure 2 centimètres sur 1 cm. 5. Elle est nettement séparée de la peau. La masse s'étend depuis la partie inférieure de la petite lèvre jusqu'à l'orifice urétral. Le clitoris n'est pas atteint. Par la palpation le tissu saigne, par la pression on peut en faire sortir de petites masses blanchâtres. Ni l'utérus, ni le vagin ne sont pris.

Le 24 juin. — Le Dr Hunter Robb enleva la tumeur ainsi qu'une grande partie de la grande lèvre droite. La malade supporta bien l'opération. A la partie supérieure les lèvres de la plaie s'écartèrent légèrement mais se réunirent par bourgeonnement. Quand la malade sortit le 25 juillet, la cicatrice était légèrement congestionnée et indurée.

Entrée de nouveau le 2 novembre 1903. — Récidive au lieu de la première intervention. Elle se plaint de douleurs aiguës et lancinantes irradiant dans la cuisse, elle a eu une fois une abondante hémorragie. Insomnie et dysurie. A la place de la petite lèvre droite se voit une masse saillante ulcérée de 7 c/m 5 sur 2 centimètres. Sur la petite lèvre gauche deux régions ulcéreuses distinctes.

Le 5 novembre. — La masse fut curettée et cautérisée par le Dr Robb. L'abondance de l'écoulement fut réduite et les douleurs furent moins pénibles. Deux semaines plus tard la tumeur reprit plus activement sa marche et l'écoulement devint plus abondant.

Le 23 décembre. — La masse mesurait 9 centimètres sur 3 centimètres. Après anesthésie la tumeur fut enlevée avec une grande quantité du tissu adjacent. On fit en sorte d'enlever le plus largement possible la tumeur avant de commencer le traitement par les rayons X.

Le 4 janvier 1904. — Il y a une grande surface excavée sur le côté droit de la vulve mesurant 7 centimètres sur 5 centimètres. La paroi interne de cette cavité est faite de tissu musculaire d'apparence normale tandis que du fond et du côté interne se détachent quatre masses irrégulières et fongueuses. Il y a également un petit nodule métastatique au niveau de la commissure postérieure. A ce moment on commence le traitement par les rayons X. Pendant trois semaines il apporte un réel soulagement. Immédiatement après la séance la malade jouissait de une ou deux heures de sommeil et restait six à douze heures sans souffrir. Les grosses masses fongueuses, tout d'abord pâlirent, puis peu à peu s'affaissèrent jusqu'à se mettre au niveau de la paroi de l'excavation. L'écoulement diminua d'abondance.

6 avril. — Continuation du traitement par les rayons X. Aux environs de la tumeur la peau brunit et s'épaissit beaucoup. Le contour de l'excavation est irrégulier et des bourgeons cancéreux apparaissent sur le fond et les parois. La lèvre gauche est très grosse et forme une masse consistante, indurée mesurant 6 centimètres sur 2 centimètres. De l'angle supérieur de cette masse se détache une tumeur dure et irrégulière qui s'étend le long la paroi abdominale au-dessus de la symphyse.

9 avril. — Après anesthésie, large excision de la tumeur. Toute la masse du côté droit qui adhéraît au périoste est disséquée d'avec l'os. La grande lèvre et la petite lèvre gauches, et une grande partie du Mont de Vénus sont enlevés. Une partie de

la paroi antérieure du vagin du côté droit est réséquée. On ferme partiellement la plaie, drains en haut et en bas. Réaction inflammatoire consécutive considérable bien soulagée par des bains chauds quotidiens.

24 juin. — Le traitement par les rayons X qui a continué semble mettre le néoplasme en échec à la surface mais dans la profondeur l'infiltration progresse sans relâche. Aujourd'hui les rayons X ne calment plus la douleur.

La surface ulcérée mesure maintenant 11 centimètres sur 2 cm. 1/2 à sa partie la plus large au-dessus de la partie droite de la vulve. Il existe à l'angle supérieur une petite fistule qui mène sur une masse dure et infiltrée au-dessus de la symphyse pubienne. Le nodule de la commissure postérieure s'est légèrement accru. L'ulcération du vagin est encore limité au tiers externe de la paroi antérieure du vagin du côté droit. On ne trouve pas d'adénite inguinale.

Exéat le 24 juin 1904.

Entrée de nouveau le 12 août 1904. La cachexie a fait des progrès, il existe une masse arrondie et très sensible au-dessus de la symphyse pubienne. L'ulcération de la vulve s'étend à 4 centimètres dans la profondeur du vagin.

13 septembre. — La tumeur arrondie qui était au-dessus de la symphyse (de la grosseur d'une balle de cricket) fut enlevée. On trouva le centre nécrosé.

1^{er} octobre. — La malade s'affaiblit de jour en jour. L'appétit est encore bon. La morphine calme ses douleurs. Le rectum, l'urèthre et les ganglions inguinaux sont encore sains et on ne trouve aucun signe de métastase dans les autres organes.

Mort, le 11 février 1905. L'autopsie révèle une extension de la tumeur le long des ganglions inguinaux profonds et iliaques

de chaque côté jusqu'à la hauteur de la bifurcation des iliaques primitives.

Nodules métastatiques dans la vessie, l'estomac, les deux reins, les deux poumons, la plèvre gauche et le cœur. La nature cancéreuse en fut confirmée par l'examen histologique.

Examen histologique. — Epithélioma, globes épidermiques peu abondants.

Observation 17

Résumée de SCHWARZ (thèse BERLIN).

Malade de 58 ans ; tumeur de la grande lèvre droite depuis un an avec écoulement séreux, pertes blanches, brûlures et amaigrissement.

A l'examen, tumeur dure et ulcérée de la grosseur d'un œuf sur la grande lèvre droite. Adénopathie bilatérale ; ganglions de la grosseur d'une noix à droite, un peu moins volumineux à gauche.

Ablation de la tumeur et des ganglions.

L'examen histologique décèle du cancer dans la glande et les ganglions.

Quatre ans et demi après aucune récurrence ni à la vulve ni dans les ganglions.

Observation 18

Résumée de SCHWARZ (thèse BERLIN).

Malade de 74 ans ; tumeur de la grande lèvre droite étendue aux petites lèvres, rapidement développée depuis trois mois.

Elle a actuellement le volume d'un œuf de poule. Les ganglions sont durs et tuméfiés.

Ablation de la tumeur et des ganglions.

A l'examen microscopique : cancer dans la tumeur et les ganglions.

Quatre ans et un mois après, aucune récive.

Observation 19.

Résumée DE LUTZENBERGER (Carcinoma vulvæ. Dissertation).

Il s'agit d'une vierge de 25 ans, qui portait au niveau de la moitié supérieure de la petite lèvre et au niveau du clitoris une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. On ne sentait aucun ganglion. La tumeur fut extirpée ; les régions inguinales ne furent pas explorées.

Au moment de la sortie de la malade, la plaie opératoire était parfaitement cicatrisée, mais il existait dans l'aîne un petit ganglion dur, et indolore à la pression. Peu de temps après la malade avait à ce niveau une récive inopérable.

CONCLUSIONS

1° Le cancer primitif de la vulve est rare ;

2° La leucoplasie est la seule condition étiologique dont le rôle paraisse bien établi ;

3° La date d'apparition habituelle varie entre 50 et 70 ans ;

4° Histologiquement il s'agit le plus souvent d'épithéliomas pavimenteux lobulés, parfois de sarcomes, exceptionnellement de mélando-sarcomes ;

5° Les cancroïdes superficiels à évolution lente et sans retentissement ganglionnaire pourraient être traités par la radiothérapie ;

6° Mais le traitement opératoire est préférable dans tous les cas où il est possible. — L'opération commençant par l'extirpation des ganglions inguino-cruraux des deux côtés, se continuera par l'excision large du néoplasme. Elle devra dans la mesure du possible se faire sans morcellement ;

7° Le pronostic n'est pas aggravé par l'extirpation des ganglions. La survie peut aller jusqu'à neuf ans et plus ;

8° Les cas inopérables seront traités par les palliatifs : curetage, thermo-cautérisation, radiothérapie.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALMEIDA (DE). — Cancer dos grandes labios. *Revue médicale de San-Paulo*, 1904, VII, p. 559, 661.
- BEX. — Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. *Thèse Paris*, 1887.
- BOGULARSKI. — Cancer de la glande de Bartholin. *Jakush i jensk boliez*, Saint-Pétersbourg, 1905, p. 1145, 1154.
- BOIVIN et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.
- BILLROTH. — *Centralblatt für Gynäk.*, 1886, Bd, X, p. 235.
- BORDÈRES (R.). — Des tumeurs malignes primitives du clitoris. *Thèse Montpellier*, 1905.
- CHABOUX. — Tumeurs malignes primitives de la glande de Bartholin. *Thèse Lyon*, 1906.
- CHIÈNE. — Un caso di cancroïde vulvare. *Giorn di ginec e di pediatri*, Turin 1906, VI, p. 17-21.
- DAURIAC. — Cancer primitif de la région clitoridienne. *Thèse Paris*, 1885.
- DAY. — Epithelioma of the clitoris. *Brit. Med.*, Londres, 1906, II, p. 1636.
- DELFINO. — Contributo allo studio del sarcoma primitive della vulva. *Archiv. di obst e gin.*, Naples 1906, XIII, p. 771-784.
- DITTRICK (HOWARD). — Epithelioma of the vulva: a report of six cases with a rewiew of the literatur. *American*

- Journal of the med. Sciences*, New-York, 1905, CXXX, p. 277, 304.
- DRIESSEN (L.-F.). — Sarcoma vulvæ. *Nedere Tydschr v. Verlosk en Gynæc.* Haarlem, 1905, XVI, p. 106-119.
- DRUCBERT et LEROY. — Deux cas d'épithélioma de la vulve. *Echo médical du Nord.* Lille 1906, X, p. 349-353.
- DUDLEY. — A plastic operation for covering the exposed vulvæ surfaces with skin after excision of extensive growths of the vulva. *Surg. gynecol. obst.* Chicago, 1906, ii p. 695.
- EISENHART. — Sitzungs bei d. Ges. *S. Gynækologie in München*, München, 1889.
- FILEUX. — Du cancer primitif de la vulve. *Thèse Paris*, 1902.
- FRANKE. — *Thèse Berlin*, 1898.
- FROMME. — Ueber multiples primæres Vulvakarzinom. *Beitrage z. Geburtch. von Gynæk.* Leipzig, 1905, IX, p. 382-394.
- GAUCHER. — Epithélioma de la vulve. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques.* Paris, 1904, XVI, p. 836.
- GAUCHER ET SERGENT. — *Archives de médecine expérimentale*, 1900.
- GEYSER. — Épithelioma of the labium majus. *J. Cutan. Dis. incl. syph.* New-York, 1907, XXV, p. 96.
- GOLDSCHMIDT. — Ueber das Vulvacarcinom. *Thèse Leipzig*, 1902.
- GRÜNBAUM. — Die Prognose bei Operationen des Vulvacarcinoms. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 7, 15 fév. 1906, p. 251-253.
- GÜRTL. — *Autrich. f. Klini Chir.* 1880, vol. XXV, p. 446.
- HELLENDALL. — Ueber die blumenkohlähnlichen Tumoren der Vulva. *Beitrage zur Geburtshilfe und Gynækologie.* Hëgar 1904.
- HILDEBRANDT. — Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien 1879.
- *Billroth's gynækologie*, p. 36.
- HONAN. — Ueber die Carcinome der Glandulæ Bartholini, *Thèse Berlin*, 1897.
- JAYLE. — Le Kraurosis vulvæ. *Revue de gynécol. et chirurg. abdom.*, t. X, n° 4, p. 633-669.

- JOHNSON (F.-W.). — Cancer of. the vulva. *Boston M. et S. som.* 1907, clvi., p. 398.
- KELLY. — Operative gynecology, 1898, vol. I, p. 175-185.
- KOBLANK. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1897, S. 247.
- KOPPERS. — Zur Kasuistik des Carcinoms der äusseren Genitalien des Weibes. *Thèse Iéna*, 1898.
- KÜSTNER. — Zur Pathologie und Thérapie des Vulva carcinoms. *Zeitschrift. für Geburts hilfe und Gynækologie*, 1889, Bd. VII, p. 70.
- LAHAYE. — Cancer primitif du vestibule de la vulve. *Thèse Paris*, 1887.
- LAMBRET. — Cancer de la glande lèvre. *Écho médical du Nord*, Lille 1905, IX, p. 573.
- LE DENTU. — *Revue de chirurgie*, 1896.
- LEECH. — *British medical journal*. Londres, 1894, vol. I, p. 1079.
- LEWERS (A.-H.-N.). — Three cases of epithelioma of the vulva with the after histories. *J. Obst. et Gyn. Brit emp.* Londres, 1906, X, p. 145-151.
- LIPINSKI. — *Jakush i jensk boliez*, Saint-Pétersbourg, 1897.
- LOURADOUR. — Cancer primitif du clitoris. *Thèse Bordeaux*, 1894.
- LUTZENBERGER. — Carcinoma vulvæ. *Dissertation Munich*, 1894.
- MAAS. — Ueber die Malignität der Carcinome und Sarkome, an den äusseren weiblichen Genitalien. *Thèse Halle*, 1887.
- MAC KENNY. — Carcinoma of the vulva of a mare. *V et J.* Londres, 1906 ns XIII, p. 643.
- MARTIN. — Pathol und Therap des Frauenkrankheiten.
- MAUCLAIRE. — Évidement lymphatique, bilatéral et néoplasique en bloc dans les cancers du pénis et du clitoris. *Tribune médicale*, 10 octobre 1903.
- MAULEY. — *Transactions of the New-York Medical association* 1887, vol. IV, p. 419.
- MAUREL. — De l'épithélioma vulvaire primitif. *Thèse Paris*, 1888.
- MAUXION G. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve. *Thèse Paris*, 1905.

- MAYER. — *Monatsschr. f. Geburtsch.*, octobre 1868, Bd. XXXVIII.
- MEYER. — *Archives f. pathol. Anat.*, 1886, Bd XXXV, p. 538.
- MORESTIN. — *Société anatomique*, déc. 1900.
- PERRIN. — *Annales de dermatologie*, 1891.
- PERRUCHET, F. V. — *La gynécologie*, février 1894.
- PEYRACHE (J). — Tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. *Thèse Paris*, 1905.
- PICHEVIN. — *Gazette de gynécologie*, 1904.
- PICHEVIN et AUG. PETTIT. — *Semaine gynécologique*, 1897.
- PLANSON. — Cancroïde de la vulve. *Bullet. et mém. Sociét. anatom.*, Paris 1906 IXXXI, p. 282.
- POLAILLON. — *Maladies des femmes*. Paris, 1901. Obs. 50 et 51.
- RECLUS. — Leucoplasie et cancroïdes des muqueuses buccale et vaginale. *Gazette des hôpitaux*. Paris, 1888, p. 686.
- REED. — A case of epithelioma of the vulva. — *J. Mich. Med. Soc. Détroit*, 1905, IX, p. 161-163.
- RONA. — Cancer du clitoris. Budapest 1906-6.
- RUPPRECHT. — *Centralblatt für Gynækologie*, n° 15, 1886, BS X, p. 235.
- SASSY. — Des tumeurs primitives de la vulve. *Thèse Montpellier*, 1891.
- SCHMIDLECHNER. — *Archiv. für Gynækologie*, 1904.
- SCHWARZ (G.). — Ueber die Erfolge der Radikaloperation der Vulva und Vaginacarcinome. *Thèse Berlin*, 1893.
- SIÉGEL et DELVAL. — Sarcome mélanique de la grande lèvre, *Bulletin et mémoires Société anat.* Paris, 1906, t. XXXI, p. 609, 622.
- SIEGEL, DELVAL et MARIE. — Sarcome de la grande lèvre. *Bullet. et mém. Société anat.* Paris, 1906. t. XXXI, p. 405.
- SMITH. — Case of epithelioma removed from prepuce of clitoris *Washingt. M. Ann.*, 1906-7, v. 14.
- SOULIER. — Du cancer primitif du méat chez la femme. *Thèse Paris*, 1889.
- VEIT. — *Handbuch der Gyn.* Bd. III, Heft 1.
- VIRCHOW. — *Virchow's Arch.* Bd, XXVII, p. 425.

WASSERMANN.— Epithélioma primitif de l'urèthre. *Thèse Paris*, 1895.

WEST. — Lectures on the disease of Women, 1861.

ZWEIFEL. — Krankheiten der weiblichen Genitalien.

— *Encyclopédie d'Obst. et Gyn.* vol. XII, p. 311.

